DE LA

N° 54

PHLEBITE BLENNORRHAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Avril 1888

PAR

Aristippe STRATIGOPOULOS

Né à Constantinople

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Des Chroniques de Languedoc

De la *Revue Populaire de Médecine et de Pharmacie*

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	N....
Clinique des maladies mentales et nerveuses.		CAVALIER (✻).
Physique médicale.		MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie.		JAUMES.
Clinique chirurgicale. , ...		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale		ENGEL.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Pathologie interne.		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale .		N.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe.		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie (Chargé du cours).		GILIS.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻).
DUPRE (C. ✻ ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .		MOSSÉ (✻).
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
GRYNFELTT, *professeur.*
FORGUE, *agrégé.*
REGIMBEAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A. STRATIGOPOULOS.

INTRODUCTION.

On a depuis longtemps étudié les manifestations pathologiques qui se produisent dans les articulations et les séreuses viscérales chez les malades affectés de blennorrhagie. Des travaux nombreux ont été consacrés à l'histoire du rhumatisme blennorrhagique, dont les principales formes ont été décrites surtout par les médecins français. Dans ces dernières années, un certain jour a été fait sur leur pathogénie, jusque-là obscure. La découverte du *gonococcus* par Bouchard et Neisser a permis de faire rentrer les complications de la chaudepisse dans la catégorie des pseudo-rhumatismes infectieux, laquelle s'élargit tous les jours davantage.

Nous n'avons pas à nous occuper des manifestations articulaires de la blennorrhagie et voulons seulement consacrer notre thèse à l'étude d'une complication plus rare, qui se fait du côté des veines, de la *phlébite blennorrhagique*. Cette dénomination indique que l'inflammation de la paroi veineuse a pour cause l'infection par le gonococcus et ne préjuge rien sur les lésions anatomiques, qu'on n'a jamais eu, croyons-nous, l'occasion d'étudier avec détail et exactitude, et qui probablement ne diffèrent pas sensiblement de celles qu'on trouve dans la phlébite en général.

Nous avons été engagé à étudier cette question par un cas que nous avons observé avec M. le professeur Tédenat, lequel nous a confié deux autres observations inédites et a dirigé nos recherches bibliographiques. Nous avons fait nos efforts pour recueillir tous les cas publiés soit dans les ouvrages classiques et les thèses, soit dans les publications périodiques. Dire qu'aucun n'a échappé à nos recherches serait osé, et loin de nous une pareille prétention. D'ailleurs, les faits cliniques que nous avons rassemblés ont entre eux de si grandes analogies qu'il n'y aurait pas un grand avantage, au point de vue descriptif, à en réunir un plus grand nombre. Il est vrai que, peut-être, parmi les cas qui ont pu être inconnus de nous et nous échapper, il en est de remarquables par certains détails particuliers, et cela nous laisse quelque regret de n'avoir pu continuer plus longtemps nos investigations. Mais, ayant fait du mieux pour nous possible, nous ne craindrons pas d'implorer l'indulgence de nos Juges, qui nous l'ont déjà du reste plus d'une fois accordée. Et nous saisissons l'occasion pour exprimer à tous nos Maîtres nos remercîments et notre reconnaissance, et particulièrement à M. le professeur Tédenat, à la bienveillance duquel nous devons d'avoir pu, dans un délai bien bref, mais imposé par des circonstances particulières, terminer ce modeste travail.

DE LA

PHLEBITE BLENNORRHAGIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

M. Voëlker est, croyons-nous, le premier auteur qui ait parlé de la phlébite blennorrhagique. Dans sa thèse (*Du rhumatisme blennorrhagique*, Paris, 1868) ce médecin dit : « Nous apporterons à ce tableau un nouvel élément et nous pensons que dans quelques circonstances on a même pu observer la lésion de la membrane interne des veines, lésion manifestée dans les membres inférieurs par la présence d'une *phlegmatia alba dolens*. » Nous donnons plus loin l'observation, importante au point de vue historique, sur laquelle Voëlker base son affirmation.

Dans cette même année, M. Empis, dans une leçon publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, relate un fait qui pour lui est

probablement de même ordre que le précédent, mais il n'ose pas l'affirmer ; le cas est publié dans la Thèse de Lelong (Paris, 1869) ; il nous semble se rapprocher parfaitement des cas analogues, qu'on est en droit d'attribuer à la blennorrhagie. En 1880, Viccagi (Thèse de Paris) cite un cas observé par Fouilloux en 1869, dans le service du professeur-agrégé Isambert et considéré comme lié à la phlébite rhumatismale blennorrhagique.

Dans sa thèse inaugurale, Vidart (Paris, 1875) dit : « La phlébite survenant dans le cours d'un rhumatisme est aujourd'hui bien connue ; il n'en est plus de même dans le rhumatisme blennorrhagique. » Déjà, en effet, Pelvet (*Union Médicale*, 1866) avait fait une étude intéressante de la phlébite rhumatismale, sur laquelle est revenu Galabru (Thèse de Montpellier, 1881) et qu'on peut rapprocher de la phlébite goutteuse, dont se sont occupés surtout les médecins anglais, Paget en particulier.

Dans le remarquable article *Rhumatisme*, qu'il a écrit pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Ernest Besnier dit que, « rare dans le rhumatisme primitif, la phlébite paraît également avoir été observée, mais à titre exceptionnel, dans le rhumatisme blennorrhagique. »

Talamon (*Revue de médecine et de chirurgie*, 1878) dit que les éruptions cutanées dans la blennorrhagie sont très rares et que ne le sont pas moins les complications phlébitiques ; il connaît les cas de Voëlker, de Vidart, mais ne croit pas qu'on puisse conclure de ces deux faits isolés. Depuis, Mesnet (Thèse de Paris, 1884), Fenlard (*France médicale*, 1885) ont étudié avec soin les manifestations cutanées de la blennorrhagie, dont M. Tédenat nous a montré un cas intéressant en 1887, chez un malade de la clinique chirurgicale. Depuis lors aussi la phlébite rhumatismale a été mieux étudiée ; « cet accident, dit Thomas (Thèse de Bordeaux, 1882), qui est relativement

assez fréquent dans le cours du rhumatisme ordinaire, a été signalé pour la première fois par Voëlker, dans le rhumatisme blennorrhagique. Depuis, nous ne connaissons qu'une seconde observation due à Vidart. » Quinké (in *Ziemssen*) cite la phlébite rhumatismale, mais ne parle pas de celle que produit la blennorrhagie.

M. Davies Colley dit que la gonorrhée détermine parfois des lésions vasculaires du cœur, mais ne fait pas mention d'altérations veineuses. Il en est de même de Makins (*Dictionnary of practical surgery by Heath ;* Londres 1886).

Les grands classiques français sur les *Maladies vénériennes* sont également muets, sauf Jullien, qui ne s'occupe guère que de l'inflammation des veines de la verge, sur laquelle nous aurons à revenir rapidement plus loin dans le cours de notre travail.

Nous ne faisons que signaler les observations de Bilton Pollard, de French Bernham et enfin la Thèse de Martel (Paris, 1887).

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

La blennorrhagie est la condition première et *sine qua non* de la phlébite gonorrhéique ; mais, avant d'entrer dans l'étude du mode pathogénique, nous devons signaler les causes qui interviennent pour déterminer et fixer le travail phlegmasique du côté des veines. Ce sera refaire pour la phlébite ce qui a été si remarquablement fait par Brandes, Rollet, Fournier, Ernest Besnier pour les arthropathies de même provenance. Aussi n'insisterons-nous pas longuement sur la description des faits ; ce serait une répétition fastidieuse et, il faut bien l'avouer, nous ne pourrions que donner une pâle copie de ces travaux.

Le *sexe* a une importance assez considérable comme cause de prédisposition. Sur les treize cas de phlébite que nous publions plus loin, nous trouvons dix hommes et trois femmes. On sait d'ailleurs que les arthropathies blennorrhagiques sont infiniment plus fréquentes chez l'homme, à tel point que divers auteurs ont nié l'existence du rhumatisme gonorrhéique chez le sexe féminin. Fournier, Besnier, Jullien, ont montré que les deux sexes étaient atteints, et l'année dernière M. Tédenat avait dans son service une femme atteinte d'arthrite ankylosante aiguë du genou gauche manifestement produite par la chaude-pisse. La preuve en fut dans les microbes bien constatés dans le liquide de l'épanchement, peu abondant, dans l'articulation

affectée. C'est aussi chez l'homme que les lésions cardiaques de la même nature sont le plus fréquemment observées, selon Delprat (thèse de Paris, 1882).

Il est bien naturel que l'*âge* ait une grande influence, lui aussi, parce que, si la chaudepisse ne respecte aucun âge et aucune position sociale, elle n'en est pas moins plus fréquente à l'âge où il y a plus de célibataires, que la passion pousse à des commerces génésiques impurs et contagieux. De là vient que c'est entre 18 et 35 ans que l'on observe ordinairement la phlébite blennorrhagique.

Nous aurions peut-être dû faire pour le *sexe* quelques remarques analogues et nous y revenons pour dire qu'il est possible que la plus grande fréquence dans le sexe masculin vient de ce que la blennorrhagie est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme, car il y a bien peu d'hommes qui ne la contractent parmi ceux qui vivent dans les villes, tandis que beaucoup de femmes y échappent fort heureusement, même en tenant compte des blennorrhagies interconjugales (Diday). Mais nous ne nions pas que par sa vie, ses occupations etc., une foule de causes prédisposantes interviennent plus activement chez l'homme que chez la femme. Ces diverses causes expliquent donc la fréquence bien plus grande de la phlébite blennorrhagique chez les hommes jeunes.

Nous n'avons rien de bien précis à dire sur l'influence de la *profession;* il y a pourtant lieu de supposer que les fatigues violentes, l'exposition habituelle au froid humide, créent une prédisposition chez quelques sujets.

Quant aux *maladies antérieures*, elles ont une certaine importance. Il est notoire que les manifestations articulaires, dans le pseudo-rhumatisme infectieux, se produisent plus fréquemment chez les personnes qui ont eu des attaques antérieures de rhumatisme vrai ou présentent une disposition héréditaire au rhumatisme. Les faits observés semblent démontrer que la

même chose est vraie aussi pour la phlébite blennorrhagique.

Une maladie antérieure de la veine (*phlegmatia alba dolens*, par exemple) des varices, créent un *locus minoris resistantiæ*, sur lequel est appelée une localisation blennorrhagique. Il est difficile de dire jusqu'à quel degré cette influence s'exerce, mais elle paraît incontestable, et d'ailleurs l'analogie la fait prévoir et porte à l'admettre. Ne voit-on pas, en effet, le rhumatisme blennorrhagique atteindre de préférence les articulations qui ont été le siège d'accidents pathologiques, tels qu'une entorse, une arthrite par action du froid ou par contusion?

Siège. — La phlébite blennorrhagique atteint de préférence les veines du membre inférieur, et parmi celles-ci la saphène interne est son siège de prédilection. Cette particularité s'explique pour diverses raisons qui n'ont pas une égale valeur.

1° Il est démontré que l'inflammation, quelles qu'en soient la cause et la nature, est plus fréquente dans les veines des membres inférieurs, ce qui tient, sans aucun doute, aux conditions plus difficiles de la circulation dans ces veines, à la plus grande fréquence chez elles de la dilatation variqueuse.

2° La communication des vaisseaux de la verge avec la sous-cutanée abdominale et la saphène, nous paraît avoir une plus grande importance. Il est certain que dans bien des cas l'inflammation s'étend par continuité des vaisseaux péniens, où elle est assez fréquente, aux veines saphène et sous-cutanée abdominale.

3° Enfin, l'inflammation des ganglions lymphatiques du pli de l'aine, qu'elle soit antérieure à la chaudepisse ou qu'elle en soit la conséquence, peut par la compression qu'elle exerce sur les veines saphènes y créer un ralentissement de la circulation et favoriser ainsi la production de la phlébite, sans compter aussi que par contiguïté l'inflammation des ganglions peut retentir sur la paroi veineuse.

Ces trois ordres de cause ont, à notre avis, une influence incontestable pour la localisation de l'inflammation blennorrhagique sur les veines sous-cutanée abdominale et saphène ; mais, dans tous les cas, la cause première est l'état infectieux spécial qui accompagne l'inflammation contagieuse et spécifique de la muqueuse uréthrale. Comme preuve de cet état d'infection, nous citerons la concomitance fréquente ou, pour dire mieux, habituelle d'arthralgies, d'arthrites. Dès lors, il semblerait que la phlébite blennorrhagique ne soit qu'une manifestation, qu'un cas particulier du pseudo-rhumatisme blennorrhagique. Comme les manifestations articulaires, elle survient de préférence du quinzième au quarantième jour, lorsque l'infection de l'économie a eu lieu et coïncide généralement avec un écoulement abondant.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

La pathogénie de toutes les manifestations extra-uréthrales de la chaudepisse est restée longtemps très obscure et encore, actuellement, n'est pas entièrement élucidée.

La plus fréquente, et en apparence la plus simple de toutes les complications de la blennorrhagie, c'est-à-dire de l'épididymite, prête elle-même à discussion. Pour les uns, elle est due à la progression de l'inflammation le long du canal vecteur du sperme ; pour d'autres elle est une véritable métastase. Nous verrons plus tard que ces opinions sont toutes les deux admissibles.

Pour la phlébite, la question pathogénique ouvre la discussion de la nature du rhumatisme blennorrhagique. Si nous voulions la faire complète, il serait nécessaire d'y consacrer de nombreuses pages, qui n'auraient guère qu'un intérêt purement historique. Du reste, cette étude est très bien faite dans de nombreux travaux (1). Aussi nous contentons-nous de résumer rapidement la question, en n'insistant que sur les données les plus récentes qui ont beaucoup apporté de lumière. Le livre de Jullien nous a beaucoup servi pour cet exposé.

---

(1) Besnier, *Dictionnaire de Dechambre*, article Rhumatisme. — Jullien, Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. — Fournier, *Annales de Doyon*, 1869, et *Dictionnaire de Jaccoud*, article Blennorrhagie.

D'abord nous devons mettre hors de contestation l'existence de la phlébite blennorrhagique. On pourrait songer à la nier, en disant que puisque la phlébite est très rare, vu la grande fréquence de la chaudepisse, il n'y a pas à admettre entre ces deux maladies de rapport de cause à effet. Nous ferons remarquer, en réponse à cette objection, que, ordinairement, la phlébite coincïde avec des manifestations articulaires, dont l'origine blennorrhagique est universellement reconnue ; mais la raison, sans contestation la meilleure, est la présence de gonococcus dans le sang tiré de la veine enflammée. Nous pensons que cette constatation coupe court à toute allégation contre l'existence de la phlébite blennorrhagique. Or, M. Tédenat a pu la faire dans deux cas (1), et d'ailleurs pareille découverte a été faite par Pétrone, Bumm, Tédenat et d'autres, dans le liquide contenu dans les articulations envahies par le rhumatisme blennorrhagique.

Donc l'existence de la phlébite blennorrhagique est sûrement et absolument démontrée. Elle est de même nature que le pseudo-rhumatisme blennorrhagique, qui peut atteindre les séreuses articulaires, viscérales, la paroi veineuse, l'endocarde, les nerfs, le périoste, en un mot la plupart des tissus.

I. — Pour quelques auteurs (Hiry, Profeta) il n'y a aucune relation de causalité entre le rhumatisme et la blennorrhagie ; les deux maladies sont indépendantes et simplement coïncidentes.

II. — L'écoulement uréthral est la cause des manifestations pathologiques du côté des articulations.

Pour Langlebert, la chaudepisse agit sur le col vésical, et la souffrance de cet organe extérieurement sensible réveille la diathèse chez ceux qui en ont souffert antérieurement ou sont en puissance. Chassaignac avait déjà affirmé que le frisson

---

(1) Leçons de clinique. Janvier 1887.

uréthral ne survenait après le cathétérisme que lorsque la sonde arrivait à la région membraneuse et au col de la vessie, et attribuait cela à la sensibilité grande de cet organe. On sait maintenant qu'il était dans l'erreur.

Pour Guéneau de Mussy, Péter, Charcot, Panas, le rhumatisme blennorrhagique ne se voit que chez les sujets prédisposés. L'écoulement stimule, réveille la diathèse. Verneuil a beaucoup insisté sur le réveil des diathèses par diverses affections (le traumatisme, la syphilis, etc.).

III. — Quand le rhumatisme vient avec la blennorrhagie, celle-ci est un accident de nature rhumatismale. Guillaud (d'Aix en Savoie) a cité des cas nombreux d'écoulements uréthraux, pour lui purement attribuables à la diathèse rhumatismale; les uréthrites rhumatismales sont admises par divers auteurs ; mais nous les croyons très rares comparativement aux blennorrhagies microbiennes ; et dans un cas donné, avant d'admettre la nature rhumatismale d'une chaudepisse, il faut se livrer à un examen très complet des circonstances antérieures, se méfier des dénégations et des affirmations des malades. Il faut savoir que très souvent une gonorrhée dure dix et même quinze ans dans le fond du canal, sans se manifester par aucun écoulement ; l'exploration avec la sonde à boule et l'examen microscopique sont nécessaires pour reconnaître les blennorrhagies pérennes et latentes, comme les appelle parfois M. Tédenat, qui nous en a montré bien des cas dans son service et qui insiste sur leurs conséquences. Noygerath (de Wiesbaden) les a aussi signalées et les considère comme très fréquentes.

IV. — Les lésions articulaires sont l'effet direct de la blennorrhagie ; mais ici les interprétations pathogéniques sont multiples.

Swédiaur, Bonnet, regardent l'arthralgie comme un fait de métastase de l'inflammation uréthrale sur les articulations ;

la preuve, disent ils, est la suppression ou la grande diminution de l'écoulement au moment où les articulations sont affectées.

Pour Rollet (de Lyon), Fournier, le rhumatisme blennorrhagique vient d'une action réflexe partie du canal et comparable, dans la chaudepisse, à celle qui accompagne le cathétérisme. On ne voit pas trop comment l'action réflexe peut produire les arthrites et à cette explication échappent les rhumatismes consécutifs à une ophtalmie blennorrhagique (cas de Poncet, de Cluny, de Galezowski). Du reste, il est démontré maintenant que les arthrites consécutives au cathétérisme sont de nature infectieuse et toxique selon le cas.

Lorain dit que dans toutes les lésions des organes de la génération, il existe un *état génital* qui est la cause du rhumatisme blennorrhagique. Mais quel est cet état génital ? Soit qu'il survienne chez les jeunes mariées, soit pendant la grossesse, ne tient-il pas souvent à une inflammation plus ou moins infectieuse ?

Pour Lasègue, Bond (de Westminster), Diday (le neveu), le rhumatisme est une forme lente d'*empoisonnement pyohémique*, causée par une viciation lente et graduelle du sang, par l'absorption progressive de l'écoulement uréthral. Cet état dure tout aussi longtemps que la lésion de l'urèthre. Féréol admet que la chaudepisse est un catarrhe spécifique virulent, capable de produire une infection générale et consécutivement des arthrites.

Cette opinion de Lassègue, de Féréol, d'après laquelle il y a une sorte de *lues gonorrhea,* comme disent les Allemands, a été confirmée et assise sur de fortes bases par les travaux publiés dans ces dernières années.

Dès 1882, Bouchard a classé les complications articulaires de la blennorrhagie parmi les pseudo-rhumatismes, à côté des arthrites, de la pyohémie, de la morve...; ce sont, disait-il, des décharges de matière phlogogène, qui s'opèrent sur les join-

tures; et ici la matière phlogogène est constituée par le gonococcus. Cette opinion a été mise hors de doute par la constatation de la présence du gonococcus dans le liquide épanché dans l'articulation. Petrones, Jaccoud, Tédenat et d'autres observateurs l'y ont constatée. Et qu'y a-t-il à cela d'étonnant quand on se souvient que, dans la blennorrhagie, même sans complications articulaires, le gonococcus se rencontre dans le sang? C'est dans le sang que, dit Jullien, on en trouve les plus beaux spécimens pour la culture.

Toute la discussion que nous venons d'exposer à l'endroit des complications articulaires de la blennorrhagie s'applique, point par point, aux complications du côté des veines, de l'endocarde, de l'iris, du périoste, de la peau, abstraction faite, bien entendu, des éruptions copahiques ou cubébiques.

Donc, pour nous, la phlébite rhumatismale est déterminée par une colonie de gonococcus qui se développent au niveau du point de la veine enflammée. C'est une phlegmatia infectieuse, au même titre que la plegmatia de la fièvre puerpérale; l'allure et la terminaison diffèrent, parce que les microbes ne sont pas les mêmes, et que c'est eux qui commandent et dirigent l'évolution du mal.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'écrirons pas de chapitre sur ce sujet, parce que nous n'avons en aucun ouvrage trouvé la description des lésions de la phlébite blennorrhagique, et alors nous ne pourrions que copier et reproduire ce que l'on trouve partout sur l'anatomie pathologique de la phlébite en général.

Nous dirons seulement que la phlébite blennorrhagique, ayant les allures cliniques de la phlébite plastique, doit présenter les mêmes altérations ; mais nous ne savons pas si l'inflammation précède ou suit la formation du thrombus qui est généralement peu accentué. A cause même du petit volume du thrombus, nous aurions de la tendance à croire que les lésions débutent par l'inflammation de la paroi veineuse, comme cela paraît se produire dans bien des cas de phlébite puerpérale où « l'on voit, selon Doléris, les microbes sous forme de petits points, analogues à un sable fin, infiltrant la paroi vasculaire, la soulevant et dessinant un semis de petits nodules miliaires et submiliaires. »

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la phlébite blennorrhagique sont analogues à ceux de la phlébite simple, dite encore adhésive; ils sont locaux et généraux.

L'inflammation se manifeste d'abord par la *douleur;* elle est vague, diffuse, habituellement peu intense; quelquefois, c'est une sensation de tension douloureuse, vive, qui se manifeste même quand le membre est en repos, et qui augmente sous l'influence des mouvements et de la pression. A son maximum, le long de la veine affectée, la douleur s'irradie quelquefois sous forme de picotements, d'élancements, de fourmillements dans le sens des diverses ramifications secondaires de la veine principale.

Il est probable que cette douleur vient de la congestion inflammatoire de l'adventice où sont de nombreuses ramifications nerveuses, soit que ces dernières soient comprimées concentriquement par l'exsudat périphérique, soit excentriquement par la dilatation des petits vaisseaux veineux intra-nerveux.

La *rougeur* le long du trajet du vaisseau enflammé est généralement peu marquée, même quand la veine est superficielle; elle fait défaut si la veine est profonde.

Le doigt promené sur le trajet du vaisseau sent un cordon dur, quelquefois peu distinct; l'induration qui persiste quelque temps après la disparition de la douleur et de la rougeur est

en général peu accentuée. Il est rare qu'il se fasse un œdème appréciable autour du vaisseau ; dans aucun cas, nous n'avons trouvé signalé un œdème comparable à celui de la phlegmatia alba dolens.

Comme on le voit, la phlébite blennorrhagique est généralement une forme atténuée de phlébite simple. Le thrombus y étant peu développé, comme le démontre le léger degré de gonflement et de dureté, la résolution se fait en général assez vite (de deux à cinq semaines) ; mais la résolution complète est parfois retardée par des rechutes.

Ce que nous venons de dire s'applique aux inflammations blennorrhagiques de la saphène interne, de la sous-cutanée abdominale. Il n'y a pas de tendance à la suppuration ; nous verrons qu'il n'en est pas autrement dans l'inflammation des veines du pénis.

La fièvre fait souvent défaut ; quand elle existe, elle est peu accentuée. Dans les cas où la phlébite coïncide avec des manifestations articulaires multiples, l'état fébrile peut être assez marqué et des frissons légers annoncent les localisations morbides soit sur les veines, soit sur les jointures.

La phlébite des veines de la verge est, d'après Jullien, un accident rare. Quand la dorsale est isolément enflammée, on sent un cordon dur et tortueux qu'on peut suivre jusque sous le pubis ; la circulation étant gênée, il existe un œdème plus ou moins marqué et une turgescence de tout l'organe, avec rougeur et état de demi-érection douloureuse ou du moins pénible.

L'inflammation des veines caverneuses est mal connue. Richet a vu plusieurs cas dans lesquels des caillots se développaient au sein du tissu érectile. Dans un cas, il fit une incision sur un des corps caverneux ; il ne retira que du sang cailleboté et infect ; le malade succomba à l'infection purulente avec mortification de tout le tissu érectile du corps caverneux.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

La douleur, l'induration le long du cordon veineux permettent de reconnaître l'existence de la phlébite.

Pour déterminer sa nature, il faudra tenir compte des diverses conditions étiologiques. Un traumatisme, l'action du froid, un érysipèle pourront, chez un sujet affecté de blennorrhagie, produire une phlébite, et alors il sera difficile de dire la part qui revient d'un côté à la blennorrhagie, de l'autre à la cause extérieure. Peut-être le diagnostic serait-il fixé au point de vue pathogénique par une goutte de sang extraite, avec une aiguille tubulée, de la veine malade ; mais, comme il n'est pas sans inconvénient de faire cette petite opération, nous ne la conseillons pas.

Il faut distinguer la phlébite de la sous-cutanée abdominale de la funiculite. Dans la phlébite, on voit quelquefois, on sent toujours avec le doigt un cordon sous-cutané plus ou moins dur ; puis la douleur ne s'irradie pas profondément, ne s'étend pas vers le testicule et est moins vive que la douleur funiculaire.

Le *pronostic* est bénin ; la résolution se fait en moyenne en quatre ou cinq semaines, à la condition que le malade reste au repos.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il ne diffère en rien du traitement qu'on applique à la phlébite simple en général. Repos, larges cataplasmes pour apaiser la douleur, diminuer la tension et favoriser la résolution du travail phlegmasique. Un moyen fort utile consiste dans l'enveloppement ouato-caoutchouté légèrement compressif, qu'on pourra combiner avec l'emploi de l'onguent napolitain opiacé ou belladoné.

La blennorrhagie sera traitée par les moyens ordinaires.

OBSERVATIONS

CHAPITRE VIII

OBSERVATION PREMIÈRE

Accidents blennorrhagiques : arthrite ; sciatique ; phlébites successives des deux membres pelviens.

(Observation tirée de la thèse de Voelker)

Le 14 décembre 1867, entre à la maison de santé un malade adressé par M. J. Cloquet, et dont le membre pelvien gauche a au moins le double du volume normal.

X... est âgé de 35 ans, d'une taille élevée et d'une constitution robuste ; mais il est pâle et lymphatique ; son teint est très mat, presque olivâtre, et ses chairs sont un peu bouffies ; il est Italien. Il a déjà éprouvé à plusieurs reprises des attaques de rhumatisme, bien que ses parents ne soient pas sous l'influence de cette diathèse.

Atteint une première fois de blennorrhagie, il y a deux ans, le malade a ressenti à sa suite de vives douleurs musculaires dans les lombes et le bras ; elles ont cédé par le repos et la chaleur.

Au mois de juin dernier, à la suite du séjour de quelques heures dans une cave où il était descendu couvert de sueur, il a ressenti presque aussitôt de vagues douleurs siégeant pour la plupart dans les muscles du dos et de la cuisse gauche. Le lendemain, la douleur se localisait le long du nerf sciatique et plus tard le doute était levé ; les points douloureux de Valleix étaient on ne peut mieux marqués. Un traitement sévère fut

institué et triompha bientôt des accidents douloureux de cette région. Néanmoins les douleurs reparurent un mois plus tard, et on dut recourir aux applications répétées de vésicatoires volants et d'injections de morphine.

Le mal fut tempéré, mais non complétement détruit. De temps en temps, sous certaines influences atmosphériques, les douleurs apparaissaient.

Enfin, après plusieurs périodes successives d'exacerbation et de rémission, le calme se rétablit vers le 10 octobre.

Malheureusement pour le malade, Vénus le surveillait et il fut doté d'une blennorrhagie, qu'il reçut le 2 novembre 1867. Assez abondante tout d'abord, elle se supprima presque entièrement sous l'influence immédiate d'une injection vineuse. Huit jours après, l'écoulement paraissant à l'état de goutte matinale, les douleurs vives se font sentir de nouveau, dans la cuisse gauche, le long du nerf sciatique principalement. La fièvre s'allume, l'appétit se perd, l'insomnie survient et alors le malade se décide, le 17 décembre, à entrer dans le service de M. Demarquay.

17 décembre. — La cuisse gauche est énorme ; elle a à sa partie supérieure un tel volume, qu'elle fait suite avec le bassin sans ligne de démarcation ; son augmentation est telle qu'au premier abord, sans voir la naissance de l'autre cuisse, on croirait que le corps se continue ou que le membre pelvien prend naissance beaucoup plus bas. Un œdème considérable entoure le bassin, les lombes et la cuisse, jusqu'au genou. A partir de là, la jambe se termine en pointe et paraît fusiforme. La douleur est vive à la pression, surtout au niveau du grand trochanter et de l'articulation coxo-fémorale. Tout mouvement est impossible dans ce point et les fonctions du membre sont abolies. Insomnie, inappétence, fièvre légère, malaise général. On enveloppe le membre d'ouate, après l'avoir

oint de baume tranquille laudanisé. On recouvre avec de la toile gommée. Bordeaux 250 gr., 2 degrés.

Le 20. — Le même état s'est maintenu ; le diagnostic, un moment suspendu, est éclairé par M. J. Cloquet, qui soupçonne une arthrite coxo-fémorale gauche ; il est surpris de ne pas constater en outre un peu de phlébite. Même prescription.

Le 23. — En pressant à la partie interne de la cuisse on sent rouler sous le doigt un cordon dur et douloureux à la pression ; c'est la veine fémorale indurée, surtout sensible à la partie supérieure de la cuisse. Frictions sur la cuisse avec de la teinture de digitale, deux fois par jour ; épaisse couche d'ouate autour du membre.

Le 27. — Le volume de la cuisse est toujours le même, celui de la jambe semble augmenté ; cependant les douleurs y sont moins vives ; quelques mouvements provoqués sont possibles dans l'articulation coxo-fémorale gauche ; toute motilité est impossible dans la jambe du même côté, où la douleur semble s'être concentrée, surtout au niveau des articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne. Même traitement.

3 janvier 1868. — L'œdème du membre a peu à peu disparu, à commencer par le haut de la cuisse. Aujourd'hui il en reste encore un peu à la région malléolaire ; plus de douleurs ; appétit, sommeil.

Le 8. — Le mieux allait croissant, le malade se disposait à se lever, quand, hier soir, il a été pris de frissons et de fièvre. Ce matin le pouls est encore vif, accéléré ; il n'y a plus rien cependant à la jambe gauche qu'un peu de desquamation furfuracée en certains points. Mais le malade se plaint d'une douleur erratique et intermittente, dont le maximum d'intensité siège au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite. Rien d'anormal au cœur, aux poumons ou dans les organes digestifs. Julep gommeux avec 2 gr. Teinture d'aconit. Bordeaux 250 gr. Bouillons, potages, eau gommée.

Le 10, un œdème considérable s'est depuis deux jours montré au côté droit du malade ; il envahit les régions fessière, iliaque, lombaire et crurale du côté droit ; le volume du membre pelvien, par suite, a considérablement augmenté. La douleur est vive, au niveau de l'articulation surtout ; l'appétit est revenu, l'état général est bon. On enveloppe le membre d'une épaisse couche d'ouate, après l'avoir enduit de teinture de digitale. Une toile gommée et une bande maintiennent le tout ; — 280 grammes de Bordeaux, 1 degré ; julep gommeux avec 38 grammes sirop diacode ; tisane de gomme.

Les jours suivants, les mêmes phénomènes que ceux observés au membre pelvien gauche se passent du côté droit ; le cordon dur de la veine saphène est aussi sensible que celui du côté gauche ; la marche de l'œdème est absolument la même et l'on voit peu à peu la maladie marcher graduellement, atteindre un maximum d'intensité, diminuer ensuite, tout comme l'avait fait le côté gauche. Le traitement a été aussi simple que la première fois, et le 3 février, le malade sort guéri de la maison municipale de santé.

OBSERVATION II

(Observation de M. Empis, *Gazette des hôpitaux*, octobre 1868.)

Entrée le 6 mai dernier, et âgée seulement de 29 ans, notre malade a eu, à l'âge de dix-huit ans, une première attaque de rhumatisme qui lui a duré neuf mois. Depuis cette époque elle est restée sujette à des douleurs vagues dans les membres ; mais ces douleurs n'ont jamais été assez fortes pour lui faire reprendre le lit ; elle n'a jamais rien éprouvé du côté du cœur.

Lors de son entrée à la Pitié, il y avait près de trois semaines que son rhumatisme s'était réveillé avec acuité. A notre première visite nous constations chez elle un rhumatisme polyarticulaire aigu, sans manifestation cardiaque. Nous découvrions en même temps un écoulement blennorrhagique, qu'elle fait remonter à cinq semaines. Elle fut traitée par le sulfate de quinine.

Le 12 mai, dans la soirée, et alors que le rhumatisme sévissait encore avec violence sur un grand nombre de jointures, la malade fut prise d'un frisson très fort, suivi d'un malaise général insolite. Le lendemain nous constations chez elle, du côté du membre inférieur droit, les phénomènes suivants : elle éprouvait une douleur vive dans l'aine droite ; la douleur suivait la direction des veines crurale et saphène, et l'on sentait très distinctement, sur le trajet de ces vaisseaux, la présence d'un cordon dur, non pulsatile et très douloureux à la pression. Il existait un endroit très sensible à la pression, à la partie moyenne et postérieure de la jambe. Il y avait œdème de tout le membre inférieur et œdème mou, non dou-

loureux à la pression, en dehors du trajet des veines. Il n'y avait aucun indice d'inflammation des vaisseaux lymphatiques ; les ganglions inguinaux étaient sains et l'on ne constatait aucune rougeur à la peau.

On continua l'usage du sulfate de quinine à doses fractionnées et l'on eut recours à un liniment belladoné.

Aujourd'hui le rhumatisme articulaire est guéri ; les douleurs qui existaient sur le trajet des veines ont progressivement diminué et après plus de deux mois de durée, les veines atteintes restent dures et oblitérées, de telle sorte que l'œdème du membre persiste encore.

OBSERVATION III

(Observation de Fouilloux, tirée de la thèse de Lelong, 1869)

X..., âgé de 17 ans, apprenti boucher, entre le 6 février 1869, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Michel, N° 14, dans le service de M. Isambert.

Ce jeune homme s'est livré pour la première fois au coït, il y a un mois environ, et depuis il ne s'est pas aperçu que le coït fût suivi d'aucune conséquence fâcheuse pour sa santé. C'est seulement cinq jours avant son entrée à l'hôpital, qu'il fut pris d'une céphalalgie violente accompagnée de nausées, de lumbago, et il y a deux jours, apparurent de la douleur et de la pesanteur dans le testicule gauche.

7 février. — Le malade est dans l'état suivant : état saburral de la langue, qui est rouge à la pointe et sur les bords ; inappétence absolue ; facies rouge ; céphalalgie vive ; abdomen plutôt aplati que ballonné ; un peu de gargouillement iléo-cœcal.

Contractions fibrillaires isolées du biceps, pouls 100 ; température axillaire, 38° 3/5. Respirations, 28 par minute.

Tuméfaction du testicule gauche affectant principalement l'épididyme qui est très douloureux à la pression et spontanément surtout dans la portion déclive. Le cordon spermatique volumineux est également douloureux, phimosis, assez prononcé, qui permet pourtant de découvrir le méat urinaire rouge, d'où s'écoule une sérosité louche.

Il existe du lumbago et une arthralgie polyarticulaire, siégeant surtout dans les membres inférieurs et sur le membre

supérieur du côté droit, qui, du reste, a été, il y a quelques jours, soumis à une cause de contusion assez violente.

Diagnostic. — Blennorrhagie; orchite blennorrhagique; rhumatisme.

Traitement. — Repos au lit, tisane de graine de lin; copahu et cubèbe; suspension du testicule malade à l'aide de la plaque de gutta-percha; 3 sangsues sur le trajet du cordon.

Le 6. — Facies rouge, peau chaude et sèche, 40° 1/5.

Le testicule droit se prend à son tour; œdème et coloration rouge du scrotum; épanchement douloureux du genou gauche.

Gonflement douloureux et rouge du bras droit avec sensation de cordon arrondi, noueux, le long du trajet de la veine humérale, membre arrondi en gigot. Douleur dans le côté droit.

Prescription : Emétique en lavage.

Le 9. — Epistaxis dans la journée; langue sèche, rouge à la pointe; pouls 116, dicrote et dépressible; respirations 32. Température axillaire 40° 1/5; le reste *ut supra*. Le malade est toujours dans un état typhoïde assez prononcé; le bras droit toujours aussi gonflé.

Prescription : Sulfate de quinine 0 gr. 50. Vésicatoire sur le genou gauche.

Le 11. — La fièvre est tombée; la langue est encore un peu sèche; le gonflement du bras est maintenant peu douloureux; la rougeur disparaît; la résistance générale est moindre; le membre est surtout œdémateux.

L'orchite est des deux côtés beaucoup moins volumineuse et moins douloureuse; la peau des bourses est le siège d'une desquamation étendue. L'écoulement uréthral est toujours insignifiant.

Le 12. — Même état; l'orchite, surtout celle du côté gauche, est en voie de guérison rapide; la tuméfaction du bras est de

plus en plus œdémateuse ; on sent de plus distinctement sur le trajet de la veine humérale un cordon dur, douloureux et de loin en loin des nodosités saillantes.

Toujours sulfate de quinine 0 gr. 50 sur les parties douloureuses ; frictions d'onguent napolitain belladoné et cataplasmes.

Le 14. — Deux frictions de chacune dix minutes dans la journée ; langue sèche ; insomnie ; soif vive ; pouls 112 ; respirations 26 ; température axillaire 39° 2[3.

L'orchite va toujours s'améliorant ; l'écoulement uréthral n'augmente pas.

L'empâtement du membre supérieur droit se limite en une tuméfaction œdémateuse de la face interne du bras ; vers la partie moyenne seule une teinte bleuâtre, des restes d'ecchymoses indiquent l'état phlegmoneux antérieur du membre et peut-être la contusion qu'il a subie.

Mais d'autre part le membre inférieur gauche, situé dans la demi-flexion et sa rotation en dehors, est douloureux spontanément et à la pression ; il est augmenté de volume et il est le siège d'un empâtement général, sans rougeur à la peau, sauf au niveau du point où la saphène se jette dans la veine fémorale. On n'y sent pas de cordon induré.

De son côté, le membre inférieur droit est aussi immobile et douloureux à la pression ; il est dans l'extension et la rotation en dedans. Pas de tuméfaction.

Le 15. — Le gonflement du bras droit et de la jambe gauche diminue ; le membre inférieur droit devient plus douloureux, surtout au niveau du triangle de Scarpa, et quand on exerce une pression sur ce point ; l'articulation tibio-tarsienne aussi est extrêmement sensible.

L'état général est encore assez mauvais ; pouls 116 ; respirations 36 ; température axillaire 39 3/5.

Le 16, l'état général s'améliore ; pouls 112 ; respirations 24.

Toutefois le malade a eu encore 6 selles dans les 24 heures et deux légers frissons ; langue humide.

Le 17, pouls 96 ; respirations 24. Le soir, il a eu vers une heure encore un léger frisson ; pouls 114 ; respirations 24 ; T. axillaire 39 3|5.

Le 18, pouls, 112, fort et plein ; respirations 24. T. axillaire 39 1|8 ; l'œdème du bras droit, bien que limité à une portion du bras peu étendue, est considérable en ce point ; le cordon formé par les veines est très appréciable au toucher.

Le 24, état général satisfaisant ; l'œdème du membre supérieur droit se limite de plus à la partie interne du bras ; mais les deux membres inférieurs sont complétement œdématiés, du pied au pli de l'aine, qui est le siège d'un engorgement ganglionnaire considérable de chaque côté ; la douleur y est très vive ; mais elle est considérablement et rapidement diminuée par la suspension du membre dans une sorte de hamac à claire-voie ; elle reparaît, en même temps que l'engorgement se prononce davantage, quand on néglige quelque temps cette suspension.

Le sacrum est érythémateux, avec tendance aux eschares ; toujours pas d'écoulement uréthral.

2 mars. — La santé va toujours s'améliorant. Les symptômes de la phlébite du membre supérieur suivent la même marche décroissante ; l'engorgement des membres inférieurs diminue, surtout à droite.

Le genou gauche reste le siège d'un épanchement, qui a nécessité, le 27 février, l'application d'un second vésicatoire. Julep avec teinture de colchique.

Le 6, l'état général est tout à fait satisfaisant ; le pouls seulement garde un peu de fréquence vers le soir (116).

Au bras droit on ne sent plus que l'induration du tissu cellulaire sous-cutané à la partie inférieure et interne.

La jambe droite, qui n'est plus suspendue depuis quelques jours, est encore un peu œdématiée ; les mouvements de l'arti-

culation tibio-tarsienne y sont douloureux et difficiles ; le genou gauche est encore gonflé, demi-fléchi, ne peut supporter aucun mouvement ; les tentatives d'extension, qui ne donnent presque aucun résultat, y déterminent des craquements articulaires ; le gonflement paraît dû à l'empâtement de tissus plutôt qu'à la présence du liquide dans l'article ; sur le tronc, desquamation furfuracée ; la peau est partout un peu sèche.

On place le membre gauche dans une gouttière métallique pour obtenir l'extension. Julep avec 50 centigrammes par jour d'iodure de potassium.

Le 10, le gonflement du genou gauche diminue, mais lentement. Frictions iodées tous les deux jours ; alimentation.

1er avril.—Le malade est entré franchement en convalescence et pourtant il existe un peu d'œdème des bras : celui des membres inférieurs persiste aussi, surtout à gauche, bien qu'il diminue peu à peu ; mais le genou gauche reste gros, l'articulation est entourée de tissus, épaissis, indurés, qui n'ont pas de tendance à se résorber. Applications de quelques raies de feu pour accélérer cette résorption.

Le 15, l'amélioration continue à se faire lentement ; mais le malade ne se lève pas encore, et tout fait craindre qu'il ne reste longtemps à l'hôpital.

OBSERVATION IV

(Observation tirée de la thèse de Vidart, 1875).

Le nommé Desfontaines, âgé de 20 ans, tonnelier, entre, le 1er août 1874, à l'hôpital temporaire, dans le service de M. Martineau. Ce malade, couché au n° 28 de la salle Sainte-Marthe, est d'une constitution robuste et n'a jamais eu de maladies. Aucun antécédent de rhumatismes. Il y a quinze jours, il contracta une blennorrhagie légère, accompagnée de phénomènes inflammatoires peu intenses.

Sept jours après l'apparition de l'écoulement, le soir, au moment de se coucher, le malade ressentit des douleurs vagues dans le pied gauche; le lendemain matin les douleurs augmentèrent, sans toutefois qu'il y eut de gonflement ni de couleur anormale des téguments ; ce ne fut que deux jours après que ces symptômes apparurent. A ce moment, il y eut de la fièvre, surtout le soir, et des sueurs.

Actuellement, on constate un léger gonflement avec rougeur et chaleur des téguments sur les parties latérales du cou-de-pied gauche et remontant au dessus de l'articulation, suivant le trajet des tendons ; les gaînes tendineuses paraissent être seules le siège de l'inflammation.

Il n'y a pas d'épanchement articulaire. L'écoulement urétral existe toujours, fièvre légère.

Le 9 août, l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index de la main droite est prise à son tour ; on constate à ce niveau du gonflement et de la rougeur.

En même temps, le malade ressent une douleur dans la

cuisse, le long du trajet de la saphène ; il n'y a ni chaleur, ni rougeur ; au palper on sent un cordon dur, peu développé ; la pression augmente la douleur. Les veines de la cuisse gauche font saillie. Les ganglions inguinaux sont engorgés.

Le 14, on constate de la rougeur tout le long de la saphène, commençant au dessus de la malléole interne et venant jusqu'à l'embouchure de la saphène, dans la crurale. A ce niveau on trouve un ganglion de la grosseur d'une noisette ; la pression y est très douloureuse ; la largeur de la bande rouge est de deux centimètres environ. On pose le diagnostic d'angioleucite et de phlébite.

Le 15, il y a amélioration ; la rougeur a à peu près disparu, la pression est encore douloureuse, mais on ne sent plus le cordon dur.

Le 18, les douleurs ont reparu dans la cuisse, et la palpation fait découvrir à nouveau la saphène, comme un cordon dur très douloureux ; frictions à l'onguent mercuriel.

Le 20, il y a amélioration ; la douleur diminue et la saphène paraît moins dure.

Le 27, les douleurs et le gonflement existent toujours au pied gauche et à la main droite. Plus rien du côté des vaisseaux de la jambe.

Le 25 septembre, le malade part pour Vincennes ; il n'est pas guéri ; il lui reste de la raideur à l'index de la main droite, qu'il ne peut fléchir qu'avec difficulté. Le gonflement du pied a peu diminué.

OBSERVATION V

(Observation tirée du journal « the Lancet », 30 mars 1885)

Thromboses veineuses à la suite de blennorrhagie

M. Bilton Pollard présente des viscères et des veines pelviennes provenant d'un cas de thrombose à la suite de blennorrhagie.

Il s'agissait d'une femme de 19 ans, qui avait été atteinte d'une blennorrhagie trente-six jours avant sa mort. Parmi les autres symptômes on trouve de la fièvre ; la température oscillait entre 37° 7 et 38° 8 ; quelques douleurs dans le genou et de la raideur de l'articulation coxo-fémorale droite. Les symptômes de l'affection de l'articulation de la hanche furent quelque peu équivoques. La mort était due à une embolie de l'artère pulmonaire. La pièce montre une thrombose de la veine iliaque primitive gauche, de l'iliaque interne du même côté et des veines vaginales. Il n'y avait pas d'ulcération dans le vagin. Le cartilage du fémur, et l'acétabulum de l'articulation coxo-fémorale droite étaient érodés et l'articulation contenait une certaine collection purulente. Les autres articulations étaient indemnes.

M. Pollard pense que ce cas est remarquable par le fait qu'on peut rencontrer une pareille complication blennorrhagique sans donner naissance à des symptômes suffisants pour éveiller l'attention sur le danger que court le malade.

OBSERVATION VI

(Observation tirée du journal *the Lancet*, 16 octobre 1886)

Thrombose veineuse, à la suite de pyélite chronique, conséquence de blennorrhagie.

W. G., âgé de 34 ans, est admis dans mon service à l'hôpital royal de Berkshire, au mois d'octobre dernier, avec les symptômes d'une pyélite chronique. L'histoire antérieure de cette affection, je la dois à M. Moore. D'ailleurs il me fut affirmé par le patient, et cela ne fait pas de doute, qu'au mois de juin de l'année dernière, il a eu une attaque de gonorrhée avec prostatite consécutive et rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. Subséquemment, il a eu une cystite avec mictions fréquentes et douloureuses. Quelque temps après, il commença à ressentir quelques douleurs dans la région du rein droit. A son admission à l'hôpital, tous les symptômes de cystite et de prostatite avaient disparu ; cependant une douleur considérable, une rénittence à la pression dans la région du rein droit persistaient, et l'urine émise était composée d'acide urique, mélangée d'une grande quantité de pus, de quelques cristaux d'oxalate de chaux et des globules rouges. L'administration de quelques médicaments le soulagèrent réellement, et au commencement de janvier dernier il sentit un léger point pleurétique du côté droit, accompagné de signes physiques d'une pleurésie localisée.

Au dessus du foie on sentait une grande rénittence ; le foie descendait un peu au dessous du rebord des côtes. Pendant la

période de ces symptômes additionnels, la fièvre et la perturbation constitutionnelle étaient peu marquées.

Le 16 janvier, il eut un frisson avec quelques douleurs localisées dans la jambe droite. Lorsque je l'ai vu, le soir du même jour, sa température était de 39°,4 ; le pouls était rapide et la souffrance paraissait grande.

La jambe était notablement enflée, la région de la longue saphène était très tendue et assez dure. Il souffrait tellement que nous avons renoncé à tout examen plus approfondi. Le lendemain matin, la dureté remontait jusqu'au ligament de Poupart, mais l'induration ne paraît pas de l'origine de la saphène. Peu de jours après le cas commence à revêtir un aspect sérieux ; mais le 25 du même mois, les veines de la jambe gauche commencèrent à être affectées de la même manière que les veines de la jambe droite.

Dans cette seconde atteinte, la fièvre et la douleur étaient légères.

Dans ce cas, le gonflement et l'œdème affectaient le pied, la jambe et la cuisse presque jusqu'à l'orifice de la saphène. De là le tégument paraissait normal.

Ces deux attaques, survenues d'une manière indépendante, coïncidèrent néanmoins dans leur début avec un gonflement considérable, rapide, du pénis et une miction difficile ; une semaine ou deux avant, l'état du patient avait déjà été très précaire avec pouls faible et rapide et symptômes fébriles. Peu de temps après ces deux semaines, même état qu'à l'admission, les urines ayant le même caractère, mais la tension ou la rénittence dans le flanc droit avait presque disparu.

Les veines épigastriques superficielles circonflexes iliaques et les autres veines superficielles de l'abdomen étaient distinctes. La longue saphène, ses affluents de la partie dorsale et interne du pied, étaient dures comme une corde. Au mois de mars il partit de l'hôpital, et je constatai que son état général

continua à être précaire comme auparavant ; et plus tard il fut encore attaqué par une thrombose ultérieure des veines du bras dont les détails m'ont échappé.

L'interprétation de ce cas est difficile ; mais il n'y avait pas de doute que l'on se trouvait en présence d'une blennorrhagie, prostatite, cystique et pyélite. En ce qui concerne la thrombose et l'endophlébite, on ne peut guère savoir quelle était celle qui était la cause ou l'effet de l'autre ? Mais les deux existaient sûrement le soir du 16 janvier.

Les mesures prises pour arrêter l'extension ultérieure de la maladie et l'apparence mauvaise du malade ne nous ont pas fait prévoir l'affection du côté gauche.

Pour moi, je pense que la thrombose de la longue saphène droite était la première et s'accompagna ensuite d'endophlébite ; que cette thrombose s'est étendue à l'iliaque droite ; que le plexus prostatique fut atteint, d'où incursion dans l'autre côté.

Ce sont simplement des conjectures ; mais il est cependant curieux d'observer cette grande tendance à la thrombose que présente ce cas, thrombose qui apparemment n'était pas due à une faiblesse circulatoire, puisque le pouls était bon et la prostration du malade peu accusée ; mais elle dépendait de quelque condition spéciale du sang, causée par une détérioration continue des décharges purulentes, réduisant l'albumine et rendant l'élément coagulable relativement en excès.

OBSERVATION VII

(Observation communiquée par M. le docteur P. Hamonic, ancien interne des hôpitaux).

Phlébite blennorrhagique récidivante

Le nommé Adolphe R..., employé de magasin, âgé de 24 ans, se présente à la consultation de mon dispensaire du faubourg Poissonnière, le 3 novembre 1886. Il est atteint d'une blennorrhagie franche, développée trois jours après le dernier coït. Il est malade depuis huit jours. Rien de particulier à noter. Ecoulement abondant, douleurs très vives. Léger suintement de sang mélangé à l'écoulement. Pas de fièvre. Etat général bon. Le pus, examiné par simple curiosité, est chargé de gonococcus.

Antécédents héréditaires nuls. Peut-être le père était-il un peu arthritique; il avait souvent des migraines, jamais d'autres maladies ; il est mort d'accident. Mère bien portante.

Antécédents personnels : un peu de gourme dans son enfance. Fièvre scarlatine à 7 ans. Fièvre typhoïde à 17 ans. Entorse tibio-tarsienne il y a un an, guérie en huit jours. Jamais de rhumatismes.

Traitement. — Je prescris des bains, bromure de potassium; de la tisane de stigmates de maïs, du repos et de l'eau de Vichy au repas.

12 novembre. — Le malade va mieux ; il souffre à peine en urinant. L'écoulement est plus séreux. Je suis cependant frappé de la teinte terreuse de sa face. Il est courbaturé. Sa langue est saburrale ; il a eu quelques vomissements.

Rien aux poumons. Souffle anémique cardiaque. Bruit de diable dans les vaisseaux du cou. Anhélation facile. Anorexie.

J'ai à plusieurs reprises constaté cet état général quasi infectieux chez les blennorrhagiques qui vont être pris de phénomènes arthritiques.

Je prescris du sulfate de quinine en plus du traitement précédent et de l'alcool (potion de Todd).

Le 15, le malade me fait appeler auprès de lui ; il ne peut quitter le lit ; il éprouve de vives douleurs dans tout le membre droit. Je pense aussitôt à du rhumatisme blennorrhagique.

Membre droit tuméfié, surtout du côté de la jambe. Œdème malléolaire marqué. Les mouvements imprimés au membre sont douloureux.

La douleur est diffuse ; mais son maximum siège à la partie antéro-interne de la cuisse, où, très facilement, on constate dans la saphène interne un cordon dur, s'étendant de l'embouchure de ce vaisseau dans la veine fémorale jusqu'au condyle interne fémoral. Le cordon est très douloureux au toucher.

Rien du côté des jointures, ni au membre du côté opposé. Rien de nouveau du côté du cœur. Rien aux poumons.

Le diagnostic de phlegmatia alba dolens infectieuse s'impose.

L'écoulement est assez abondant, verdâtre, très épais. Pas de douleurs. Urines foncées, très sédimenteuses. Un peu d'albumine. Pas de sucre. 23 grammes d'urée par litre. Le malade urine 1 litre 1|4 par 24 heures. Micrococcus en abondance dans l'urine vésicale, pas de bactéries. Le sang est pauvre en globules rouges. Je n'en trouve que 2,300,000 par millimètre cube.

Tableau thermométrique de l'Observation VII (1er accès)

Novembre	15	Matin	38,2	Soir	38,6
—	16	—	38,0	—	39,1
—	17	—	39,1	—	40,0
—	18	—	39,0	—	40,0
—	19	—	37,8	—	39,2
—	20	—	38,0	—	38,0
—	21	—	38,1	—	38,2
—	22	—	37,6	—	38,0
—	23	—	37,5	—	38,0
—	24	—	37,0	—	37,8
—	25	—	37,2	—	37,5
—	26	—	37,3	—	37,2
—	27	—	37,1	—	37,0
—	28	—	37,1	—	37,0

On y constate la présence de granulations assez nombreuses, réfringentes, douées de mouvements giratoires actifs, sortes de sphérules, quelquefois accouplées deux à deux et qui se colorent énergiquement par le violet, 5 β.

Traitement : Sulfate de quinine le soir ; le matin, 50 centigrammes d'acide salicylique, tisane de stigmates de maïs ; repos absolu au lit ; badigeonnage le long de la face antéro-interne de la cuisse, avec un mélange, avec parties égales d'huile et de laudanum de Sydenham.

On enveloppe la cuisse d'ouate.

Bouillon, potages et œufs.

Le 17, état à peu près le même. Constipation ; sommeil agité ; deux verres d'eau Royale hongroise.

Le 18, trois selles, un peu d'amélioration, sommeil plus tranquille.

Le 19, douleur locale moins vive, un peu d'appétit.

Le 22, le cordon de la saphène est moins volumineux. Un

peu moins d'œdème ; pas de fièvre. Le malade mange un peu de viande. Repos continué. On cesse l'acide salicylique et la quinine.

Le 28, on ne sent plus le cordon induré. On ne perçoit qu'un léger épaississement des tissus au niveau de la saphène.

Le malade se trouve bien mieux ; il me fait remarquer que depuis que son état est meilleur, l'écoulement est plus abondant, mais incolore.

Le 30, je prescris des injections uréthrales avec eau 150 grammes, résorcine 2 grammes, sulfate de quinine 1 gramme.

5 décembre. — L'écoulement a cessé complétement. Par la pression énergique du canal, il ne sort qu'une faible quantité de liquide visqueux, absolument incolore, dans lequel on ne trouve que quelques cellules épithéliales aplaties et quelques globules pyoïdes. Pas de gonocoques. La cuisse va très bien.

Je permets au malade de se lever et je suspends le traitement uréthral. Je ne prescris qu'une potion au quinquina et un peu de protochlorure de fer ; je l'engage à passer quelque temps dans le Midi, où il a de la famille.

Le 13, le malade vient me voir à mon dispensaire. L'écoulement reparaît depuis hier ; il m'avoue qu'il s'est livré à des excès de boisson et a pratiqué deux fois de suite le coït, avec une femme qu'il connaît depuis longtemps, me dit-il, et dont il est sûr. Pus jaune verdâtre, empesant le linge, peu abondant encore ; pas de douleurs uréthrales, urines claires. Je prescris l'injection antiseptique déjà formulée et je donne une potion salicylée.

20 décembre. — État local meilleur, état général bon.

Le 24, l'écoulement semble avoir complétement disparu ; il existe cependant encore un suintement insignifiant et un peu louche. Je n'en ai pas fait l'examen microscopique. J'ai conseillé le malade de continuer le traitement uréthral pendant quelques jours.

Ayant à aller en voyage, il le cesse complètement, et pendant les fêtes de Noël et du premier janvier, il se livre à des excès de tout genre.

3 janvier 1887. — Le malade revient à mon dispensaire. L'écoulement uréthral est très abondant, chargé de gonococci, légèrement fétide ; un peu de sang le colore en rose ; douleur vive à la miction, jet d'urine petit, tortillé et bifide au début de la miction (rétrécissement inflammatoire).

Le malade est pâle, terreux. Hier soir, un accès fébrile franc, ayant débuté par un violent frisson. Chaleur intense mordicante pendant deux heures. Transpiration et sommeil agité. Le matin en se levant il était épuisé (fièvre uréthrale). Langue blanche, humide, étalée ; empreinte des dents sur ses bords, qui sont rouges. Nausées, pas de vomissements. Pouls rapide, serré. Pas de douleurs dans les membres.

Traitement : Eau bicarbonatée ; tisane de queues de cerise ; santal citrin ; bains locaux avec de l'eau boriquée ; 1 gr. sulfate de quinine le soir.

Le 5, le malade souffre du côté de la cuisse droite, à la partie interne ; il me fait appeler et je constate en ce point, le long de la saphène, un empâtement allongé, du haut en bas, très douloureux à la pression. Pas d'œdème du membre. L'induration ne dépasse pas le tiers inférieur de la cuisse. Pas de ganglions indurés dans l'aine. La nuit dernière a été très agitée ; soif vive, bouche un peu sèche ; yeux injectés. Il s'agit là, à n'en pas douter, d'une nouvelle poussée de phlébite infectieuse.

Je pratique un examen du sang et je trouve les petits corpuscules déjà signalés et qui avaient disparu auparavant. 3,000,000 de globules par millimètre cube. Un peu de congestion pulmonaire à la base gauche. Léger souffle à la base et au premier temps et se prolongeant dans les vaisseaux du cou.

Traitement : Potion salicylée le matin, sulfate de quinine le

soir ; repos au lit ; laudanum et ouate sur la cuisse ; alcool à l'intérieur.

Tableau thermométrique de l'Observation VII (Récidive)

Janvier	5	Matin	39,0	Soir	39,2
—	6	—	38,9	—	39,3
—	7	—	38,9	—	40,2
—	8	—	39,0	—	39,0
—	9	—	39,0	—	37,8
—	10	—	37,0	—	38,1
—	11	—	37,0	—	37,2
—	12	—	37,5	—	37,4
—	13	—	36,9	—	37,5
—	14	—	37,0	—	39,4
—	15	—	37,5	—	37,2

Le 7, le cordon induré de la saphène interne s'étend aujourd'hui jusqu'à la moitié inférieure de la jambe ; rien du côté de la saphène interne. Le membre est très œdématié, surtout au voisinage des malléoles. Constipation depuis deux jours. Un verre d'eau d'Hunyadi Janos.

Le 10, amélioration.

Le 14, accès de fièvre. Le malade a eu une discussion avec un de ses amis qui est venu le voir ; il s'est même levé pour ouvrir un meuble.

Le 15, rien de nouveau ; on cesse le sulfate de quinine et l'acide salicylique. Le malade a des bourdonnements d'oreille ; il n'entend presque plus. Les urines donnent la coloration noire par le perchlorure de fer. Léger nuage d'albumine par le réactif picro-acétique.

L'écoulement va très bien ; il est séreux et peu abondant. On cesse le santal. Injection avec une solution de résorcine au 1/100.

Le 20, le cordon induré est à peine perceptible. Un peu d'œdème existe encore.

Le 30, guérison. Le malade peut se lever.

Le 15 février, spontanément hier l'écoulement a reparu en faible quantité ; le malade prétend ressentir dans la cuisse droite une faible douleur. On ne perçoit pas d'induration sur le trajet de la saphène interne. Cependant, par la pression, on provoque une certaine souffrance. Sang normal ; 4,200,000 globules par millimètre cube. Rien d'anormal à signaler, pas de fièvre.

Injection avec solution de sublimé à 1[8000, dans 100 gram. de laquelle on fait dissoudre 1 gramme de résorcine. Ces injections ne provoquent aucune douleur.

Le 19, état meilleur. Pas trace d'écoulement.

Le 25, cessation de tout traitement.

Le 14 mars, la guérison se maintient.

OBSERVATION VIII

(Observation recueillie a Necker, dans le service de M. le professeur Le Fort, par M. Martel)

Blennorrhagie. Phlébite de la veine fémorale gauche

D., maçon, âgé de 27 ans, entre le 22 juin 1886 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Le Fort.

Ses parents existent encore ; ils n'ont jamais eu de rhumatisme. Il a deux frères bien portants et non rhumatisants.

Le malade a une blennorrhagie depuis 20 jours. L'écoulement est blanc jaunâtre, peu abondant. Il n'a jamais eu de blennorrhagie antérieurement.

Il y a six jours, il est survenu, sans cause connue, de la douleur dans les deux genoux et dans l'épaule gauche. Deux jours après, impossibilité de la marche.

A son entrée, on constate une rougeur diffuse sur la partie antérieure de la cuisse gauche, de la largeur d'un travers de main, correspondant au trajet des vaisseaux fémoraux. Un peu d'œdème de la partie inférieure de la jambe gauche, surtout au niveau des malléoles. Pas de varices. Urine normale. Vive douleur à la pression, au niveau de la partie rouge. La rougeur s'efface à la pression, mais reparaît de suite. Pas d'épaississement de la peau ni du tissu cellulaire sous-cutané. Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés. Aucune plaie en excoriation sur les membres inférieurs.

Par la palpation profonde on sent un cordon dur très douloureux au niveau de la veine fémorale, depuis son origine

sous l'arcade crurale jusqu'à 8 centimètres au-dessous environ.

Pas de fièvre, pas de sueurs, pas de liquide dans les jointures douloureuses. Le malade n'a jamais eu de rhumatisme. Son cœur est normal.

Traitement. — Repos au lit; cataplasmes.

26 juin. — On sent toujours le cordon dur. L'œdème malléolaire a disparu.

Le 30. — L'écoulement est séreux, à peine blanchâtre. La douleur à la pression sur le trajet de la veine fémorale existe toujours. Les douleurs articulaires ont disparu.

10 juillet. — On ne sent plus le cordon dur sur le trajet de la veine fémorale; mais la pression est encore un peu douloureuse.

Le 18. — Le malade sort complétement guéri.

OBSERVATION IX

(Observation recueillie a l'Hopital du Midi dans le service de M. le Docteur Mauriac par M. le Docteur Martel).

Phlébite de la saphène interne et probablement de la veine fémorale.

B..., commis épicier, âgé de 28 ans, entre à l'hôpital du Midi dans le service de M. le docteur Mauriac, le 15 février 1887.

Jusqu'à l'époque actuelle, B... n'a jamais été gravement malade. Il a eu déjà trois attaques de rhumatisme. Dans les deux premières attaques (15 jours à Saint-Antoine en 1878 et 8 jours à la Charité en 1879) ce sont les membres inférieurs qui ont été atteints. La troisième fois (mars 1882, à la Charité) le membre supérieur seul a été pris.

Son père est mort en 1867, à un âge et d'une affection que le malade ignore.

Sa mère, âgée d'environ 56 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Il y a deux ans, le malade a eu une blennorrhagie, suivie d'une orchite gauche, soignée par des sangsues appliquées sur le scrotum.

Il y a cinq semaines, le malade a contracté une nouvelle blennorrhagie, qu'il n'a pas d'abord soignée pendant les quatre premières semaines; il est alors entré depuis 8 jours à l'hôpital pour une adénite gauche du pli de l'aine.

23 février. — On constate :

1° Une diminution de la sensibilité testiculaire dans le testicule gauche, et une augmentation dans la tête de l'épididyme.

2° Une adénopathie du pli de l'aine gauche, du volume d'un œuf de poule. Il y a deux jours, le malade a vu apparaître de

chaque côté du ligament rotulien de la jambe gauche une plaque rougeâtre, de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent; ces deux plaques font légèrement saillie; elles sont assez épaisses et intéressent toute l'épaisseur de la peau. On trouve encore une autre petite plaque sur le tiers supérieur de la face interne du tibia. Enfin il existe une plaque beaucoup plus large et moins bien limitée sur la face interne du tibia et à un travers de main au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Ces plaques sont rougeâtres, congestives, œdémateuses.

On trouve l'œdème assez prononcé à la jambe et de la douleur à la pression. Le malade accuse aussi de la douleur à la pression sur le trajet de la veine fémorale. Cette douleur est nettement localisée à la veine et n'est pas déterminée par la pression sur l'artère. Le trajet de la veine saphène interne est très douloureux à la pression et est indiqué par une traînée brunâtre et peu saillante.

Tous les phénomènes congestifs précédents ont fait leur apparition, il y a deux jours, c'est-à-dire le lundi 21 février ; ils ont atteint leur paroxysme le mardi soir et dans la nuit suivante. Le mercredi matin, vers 4 heures, le malade a transpiré beaucoup et tous ces phénomènes tendent à s'amender.

3 mars. — Après le traitement au salicylate et des bains d'amidon, il n'y a pas eu d'amélioration.

La partie inférieure de la jambe droite est le siège d'un léger œdème congestif. Dans la nuit du 2 mars, le bras gauche a été pris. Douleurs dans les articulations du coude et du poignet, gonflement et douleur sur le trajet des veines radiale et cubitale.

Le 4, sulfate de quinine 0 gr. 50, pendant trois jours. Enveloppement du membre avec ouate et baume tranquille.

Le 6, amélioration notable. Le gonflement a diminué.

Le 8, le cordon de la saphène interne est effacé. Il n'y a plus de dureté, ni de gonflement. Le malade peut se lever.

Le 10, le malade sort guéri.

OBSERVATION X

Phlébite des veines du mollet. Rhumatisme blennorrhagique

(Observation recueillie a l'hopital du Midi, dans le service de M. le Dr Mauriac par M. le Dr Le Roy, interne des hopitaux)

T... (Jean), 21 ans, chapelier, a contracté une blennorrhagie avec écoulement purulent abondant, douleurs vives en urinant.

Cette affection a été traitée pendant quelques jours par l'opiat ; le malade, éprouvant de vives douleurs en urinant, est venu à la consultation du Midi, où on lui prescrit de la tisane de bourgeons de sapin, des bains, ce qui modère l'acuité de l'affection.

Il y a huit jours, c'est-à-dire trois semaines après le début de la blennorrhagie, le malade éprouva de la douleur dans le genou gauche et en même temps survint de la tuméfaction au même endroit. L'écoulement uréthral dès ce moment se réduisit à un suintement séreux mêlé de quelques flocons blanchâtres. Le lendemain, le poignet droit devenait tuméfié et douloureux. Ces accidents rhumatismaux étaient survenus sans l'intervention d'aucun traumatisme ; pas de refroidissements ni de fatigues exagérées.

Deux jours plus tard, du gonflement et de la douleur surviennent au niveau du mollet droit, en même temps que le poignet gauche se prend également.

Au point de vue de ses antécédents, le malade avait eu une scarlatine il y a quatre ans, sans déterminations articulaires ; il n'avait jamais eu de rhumatisme, jusqu'il y a un mois ; il n'avait pas encore eu de blennorrhagie.

Sa mère est morte à la suite de couches ; son père vit encore ; il n'est pas rhumatisant et n'a jamais présenté aucune des manifestations habituelles de l'arthritisme ; il a une sœur âgée de 25 ans, bien portante.

Tableau thermométrique de l'Observation X

Avril	28	Matin	39,3	Soir	38,4
—	29	—	39,0	—	39,4
—	30	—	38,6	—	39,6
Mars	1	—	38,4	—	38,9
—	2	—	38,2	—	38,7
—	3	—	38,4	—	38,5
—	4	—	38,1	—	38,4
—	5	—	38,2	—	38,3
—	6	—	37,8	—	38,0

28 avril. — A son entrée à l'hôpital, le malade présente les symptômes suivants : la jambe gauche présente une tuméfaction considérable, depuis la partie inférieure du mollet jusqu'au dessus du genou.

Au niveau de l'articulation du genou, la circonférence du côté gauche est de 42 centimètres ; au même endroit, elle est à droite de 35 centimètres. La circonférence du mollet gauche à sa partie moyenne est de 41 centimètres ; celle du mollet droit au point correspondant est de 36 centimètres.

La circonférence de chaque cuisse est de 47 centimètres.

Les dépressions qui existent normalement autour de la rotule sont remplacées à gauche par des saillies. Les limites du cul-de-sac sous-tricipital remontent à 8 centimètres au-dessus de la base de la rotule. La fluctuation est très nette et très facile à percevoir dans toutes les parties accessibles de l'articulation du genou gauche. Le choc rotulien ne peut être perçu, à cause de la tension trop grande du liquide et de la synoviale.

Le creux poplité gauche est un peu bombé, douloureux à la pression, ainsi que tous les points de la synoviale du genou. La jambe est à demi fléchie. Toute tentative d'extension est très douloureuse. Les ganglions verticaux de l'aine sont notablement tuméfiés et douloureux. La pression au niveau de la veine fémorale, à la partie supérieure de la cuisse, éveille une douleur notable.

Le mollet gauche est tuméfié et très tendu. A son niveau, la peau présente une coloration rosée, parcourue par des traînées bleuâtres, surtout à la partie interne du mollet ; ces veines superficielles sont dilatées, mais non oblitérées. Un peu d'œdème sous-cutané au niveau de la jambe, jusqu'au dessus des malléoles. La masse des mollets présente une dureté considérable, de la chaleur et une très vive douleur à la pression. Le mollet est aussi le siège de douleurs spontanées.

Depuis trois ans le malade avait des varices, surtout à droite, mais il n'avait jamais eu de phlébite variqueuse.

Le dos de la main droite est tuméfié, rouge, douloureux. Les doigts sont fléchis, par contracture des muscles fléchisseurs. Douleur vive à la pression, au niveau de l'interligne articulaire du poignet.

Le malade a encore de la douleur en urinant ; en pressant sur le gland on fait sortir un liquide blanchâtre, visqueux, à demi transparent.

Cœur normal. Pouls 104, régulier. Rien à l'auscultation des poumons. Langue blanchâtre, inappétence, soif vive, constipation.

Urines peu abondantes, rougeâtres, nombreux filaments épithéliaux. Pas d'albumine, ni de sucre.

Température axillaire, le matin, 39,3, soir, 38,4.

Depuis 5 jours, le malade saigne du nez tous les matins, et cet écoulement se fait goutte à goutte pendant cinq ou dix minutes.

On prescrit : salicylate de soude, 4 grammes, enveloppement ouaté, avec baume tranquille, du mollet et du poignet, vésicatoire en fer à cheval sur le genou gauche, après avoir étendu le membre le plus possible et le fixant ensuite dans une gouttière. Lait.

Le malade souffre davantage que la veille. On prescrit 6 grammes de salicylate de soude. Température, le matin, 39. Pouls, 100. Température, soir, 39,4.

Le malade a eu des sueurs abondantes pendant la nuit (il ne suait pas jusque-là) ; il est abattu, prostré ; douleur vive dans la tête. Il a saigné du nez à quatre reprises dans la journée.

Température, matin, 38,7. Soir, 39,6. On abaisse la dose de salicylate à 3 grammes.

1er mai. — L'état du malade est meilleur. La prostration est moins prononcée. Les douleurs de tête diminuées. On s'assure que le salicylate de soude s'élimine bien par les urines, et le perchlorure de fer donne une magnifique coloration violette.

Le gonflement du mollet persiste avec les mêmes caractères que les premiers jours.

Température, matin, 38,4. Soir, 38,9.

Le malade a encore saigné du nez, le matin et à une heure de l'après-midi.

On examine l'écoulement uréthral au microscope, après coloration des lamelles avec le violet de méthyle ; les globules de pus sont peu abondants ; on rencontre dans le protoplasma et entre les globules une assez grande quantité de cocci groupés presque tous deux à deux.

Une goutte de sang est également recueillie avec toutes les précautions antiseptiques.

Ce sang, examiné immédiatement à l'état frais, y fait constater l'existence de quelques cocci, qui semblent doués de mouvements.

Ces cocci se voient aussi dans des préparations de sang sec, coloré au violet de méthyle.

Le 2, à peu près même état que la veille.

Température, le matin, 38,3. Soir, 38,7.

Le 3, température, matin, 38,4. Soir, 38,5.

Le 4, amélioration notable. La contracture des muscles de l'avant-bras a disparu. Le liquide a diminué dans le genou gauche. Le mollet est un peu moins dur; il ne mesure plus que 39 centimètres.

Température, matin, 38,1. Soir, 38,4.

Le 5, l'amélioration continue. Douleurs très supportables. On suspend le salicylate de soude. Les épistaxis ont disparu depuis deux jours.

Température, matin, 38,2. Soir, 38,3.

Le 6, température, matin, 37,8. Soir, 38,4.

Le 7, langue normale. Un peu d'appétit. Le mollet gauche ne mesure plus que 37 centimètres et demi. La température est redevenue normale.

Le 10, mollet complètement guéri. Il y a toujours du liquide dans le genou. On applique un nouveau vésicatoire.

Le 15, douleur vive à la partie interne du genou gauche.

Le 20, on applique un autre vésicatoire sur le genou.

Le 22, le malade est encore dans les salles.

OBSERVATION XI

(Observation communiquée par M. le professeur Tédenat)

Paul C..., employé de commerce, âgé de 21 ans, lymphatique, de bonne constitution, n'a jamais eu de maladies. Dans ses antécédents personnels ou dans ceux de sa famille, on ne trouve ni rhumatisme, ni tuberculose, ni syphilis.

Le 3 décembre 1887, début d'une blennorrhagie qui survient cinq jours après le coït ; cette chaudepisse évolue régulièrement ; assez intense soit comme douleur, soit comme écoulement, jusqu'au 23 décembre ; le traitement consiste pendant tout ce temps en boissons émollientes et opiat de cubèbe et copahu.

Le 24 décembre, symptômes de cystite légère du col, consistant en besoins fréquents et douloureux d'uriner, sans hématurie.

Le 27 décembre, des bains de siège très chauds avaient calmé la cystite, quand le malade éprouva au bas-ventre, du côté droit, une douleur sourde, superficielle, irradiant du pli de l'aine. Je constatai un peu de rougeur et une induration cylindroïde peu marquée le long de la veine sous-cutanée abdominale. Malgré le repos, des cataplasmes, la douleur persista, peu vive d'ailleurs, jusqu'au 8 janvier. Alors elle avait presque entièrement disparu, lorsque des phénomènes analogues se produisirent tout le long de la cuisse du même côté. Je les attribuai à une inflammation de la veine saphène interne sur le trajet de laquelle je constatai un peu de rougeur et de gonflement cylindriforme ; le long de cette veine, la pression même légère pratiquée avec le doigt déterminait une vive

douleur. Malgré des cataplasmes laudanisés, malgré des applications de pommades mercurielle, belladonée, la douleur persista jusqu'au 2 janvier. A ce moment, l'emploi de l'antipyrine, à la dose de 3 grammes par jour, produisit une disparition rapide des douleurs ; la disparition complète des signes objectifs de la phlébite ne se fit pas avant le 15 février.

Chez ce malade, l'écoulement resta assez abondant jusqu'au 22 février, malgré l'emploi des balsamiques. Les injections avec une solution composée de 3 grammes de résorcine pour 150 grammes d'eau distillée faites trois fois par jour guérirent vite l'écoulement (du 25 février au 8 mars).

OBSERVATION XII

(Observation communiquée par M. le professeur Tédenat).

Jules-Armand C., artiste lyrique, âgé de 24 ans, lymphatique, bien constitué, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires.

Le 20 décembre 1880, au vingt-cinquième jour d'une chaudepisse d'intensité moyenne traitée par des tisanes et de l'eau de goudron, survint une épididymite droite, qui fut rapidement améliorée par le suspensoir ouato-caoutchouté d'Horand.

Le 30 décembre, survient une douleur vive un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale droite. Elle ne tarda pas à présenter des irradiations pénibles dans toute la région iliaque. Cette douleur était à son maximum le long de la veine sous-cutanée abdominale, qui se dessinait sous forme d'un cordon peu dur, mais très appréciable à la vue et au toucher; il n'existait qu'une vague coloration rosée.

Malgré le repos, des cataplasmes, des onctions mercurielles, la douleur et les autres signes objectifs de phlébite persistaient ; le 15 janvier, un purgatif salin, ce jour-là, parut contribuer à la disparition rapide de ces accidents. Elle était presque complète le 23 janvier.

L'écoulement, traité à partir du 5 janvier par des injections de sulfate de zinc (1/300), diminua sensiblement ; mais le 2 février, à la suite d'excès de boisson, l'écoulement redevint abondant, la miction douloureuse, et le 5 février, il se fit une rechute de phlébite dans la veine déjà affectée et certain gonflement douloureux dans le genou droit. L'articulation fut soumise à l'immobilisation, dans un enveloppement ouato-

caoutchouté, et au bout d'une quinzaine de jours, la guérison était complète, peut-être grâce aussi à l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 50 par jour. L'écoulement céda à des instillations de nitrate d'argent (1/60), faites tous les deux jours, du 10 au 25 février.

OBSERVATION XIII

Observation recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat.

(Personnelle.)

Julie X., domestique, âgée de 28 ans, lymphatique, de constitution délicate, sans manifestations syphilitiques ou rhumatismales antérieures.

Entre à l'hôpital St-Eloi, le 5 janvier 1887, pour une inflammation du genou gauche datant de cinq semaines. M. Tédenat diagnostique une arthrite ankylosante blennorrhagique, se basant sur un écoulement vaginal abondant, où l'on constate le gonococcus.

Le 7 janvier, douleurs sourdes dans la cuisse droite ; le 8 janvier, signes objectifs d'inflammation de la saphène interne droite, qui dessinait un cordon, pâteux plutôt que dur, douloureux à la pression.

L'enveloppement ouato-caoutchouté amena la disparition lente de la phlébite, qui n'était pas entièrement guérie le 20 mars, quand la malade quitta l'hôpital.

Quant au genou, il était ankylosés, en bonne position.

FIN.

Vu bon a imprimer :
Montpellier, le 26 avril 1888.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut :
G. CHANCEL.

Vu permis d'imprimer :
Montp ellier, le 20 avril 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.